

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1898, à 1 heure

PAR

Albert SANZ DE SANTAMARIA

Né à Paris le 15 Août 1869

ANGIOMES PROFONDS

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

OU

GRENOUILLETTE SANGUINE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur.

MARFAN et GILBERT, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1898, à 1 heure

PAR

Albert SANZ DE SANTAMARIA

Né à Paris le 15^e Août 1869

ANGIOMES PROFONDS

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

OU

GRENOUILLETTE SANGUINE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur.

MARFAN et GILBERT, agrégés

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

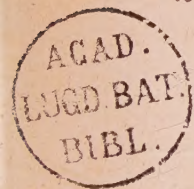
PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

On décrit depuis Dolbeau, sur le nom de *grenouillette sanguine*, des tumeurs vasculaires qui occupent le siège ordinaire de la grenouillette, sublinguale et sus-hydoïdienne. Ce sont des tumeurs érectiles, molles et réductibles, de cette variété que Broca désignait sous le nom de « tumeur érectile veineuse, » Ces tumeurs n'ont de commun que leur siège, avec la grenouillette vulgaire, aussi est-ce avec raison que Monsieur Delbet, dans son article du traité de chirurgie (1), écrit : « Dolbeau, Perassi (les angiomes du plancher de la bouche), ont appelé grenouillette sanguine, *mauvaise expression, car le terme de grenouillette doit être réservé aux tumeurs d'origine salivaire ;* » cependant nous ne pouvons changer une expression devenue pour ainsi dire classique, et nous conservons ici aux angiomes du plancher de la bouche le nom de grenouillette sanguine.

Nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de M. le docteur Ricard, remplaçant M. Reclus à l'hôpital

(1) Traité de chirurgie clinique et opératoire, Le Dentu et Pierre Delbet, 1896, t. I. p. 455.

de la Pitié, un malade porteur d'une de ces tumeurs, et nous avons pu assister à l'opération pratiquée chez ce malade. M. le D^r Ricard a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition cette observation et nous avons pensé à en faire le sujet de notre thèse. Que M. Ricard veuille bien accepter ici l'expression de notre vive gratitude pour l'amabilité et la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard.

Nous sommes heureux en outre de saisir cette occasion de remercier les maîtres qui nous ont guidé dans les cours de nos études :

Je prie mes maîtres dans les hôpitaux, MM. Rigal, Dalliché, Brocq, Rigaud, Lœw, Michaux, Lejars, Tuffier, Arrou, de recevoir mes plus vifs sentiments de reconnaissance.

Que M. le D^r Fernet reçoive ici en souvenir des deux années passées dans son service à l'hôpital Beaujon, l'expression d'affection sincère et respectueuse.

Qu'il me soit permis d'apporter un humble hommage à la mémoire de mon très regretté maître, M. le d^r Péan, dont j'ai été l'interne pendant deux ans et demi. Pendant ce temps, j'ai pu l'assister aux opérations les plus variées ; son énorme expérience clinique et son habileté ont été le meilleur complément de mon instruction chirurgicale.

Merci aussi, à M. le D^r Delaunay dont la bienveillante courtoisie sera toujours pour nous un agréable souvenir.

Que M. le Professeur Lannelongue, reçoive tous mes

remerciements pour son accueil toujours si bienveillant et pour les bons conseils qu'il m'a prodigués pendant le cours de mes études ; en acceptant de présider notre travail, il nous fait un honneur dont nous ressentons tout le prix.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

C'est Dolbeau (1) qui, dans un mémoire paru en 1857, décrit pour la première fois une tumeur du plancher de la bouche qu'il désigna sous le nom de grenouillette sanguine : « Il existe des cavités sanguines, de véritables kystes sanguins, là où se rencontre la grenouillette ; si donc ceci se présente quelquefois, il y a lieu d'en tenir compte et de ne pas diagnostiquer grenouillette toutes les tumeurs glanduleuses situées sur les côtés du frein de la langue..... (p. 17).

.....La *grenouillette sanguine* ou les tumeurs sanguines du plancher de la bouche, *n'ont pas été décrites*. Nul doute qu'elles n'aient été observées par bien des chirurgiens, mais nous n'avons trouvé aucun indice de cette affection, soit dans les traités classiques, soit dans les principales collections (p. 22). »

Depuis ce mémoire, les traités classiques ne font que le citer, s'étendant peu sur la grenouillette sanguine.

Quelques observations, *peu nombreuses*, ont été publiées, mais aucun mémoire d'ensemble n'a paru sur cette question.

(1) Dolbeau. Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine. Paris, librairie Delahaye, 1857.

Demons (1), dans sa thèse en 1868, énumérant les kystes du plancher de la bouche confondus sous le nom de grenouillette, parle des kystes vasculaires et en cite une nouvelle observation que nous donnons à la fin de notre travail.

Perassi (2) en 1873 publie une observation chez un enfant de 7 mois.

Deprès (3) en 1879 présente à la Société de chirurgie un nouveau cas, qui fit l'objet d'une discussion.

Nous n'avons pu trouver depuis, dans les recueils des sociétés savantes, dans les principales publications, d'observations nouvelles.

Nous ne connaissons donc sur ce sujet que les cinq observations du mémoire de Dolbeau, une de Perassi, une de Desprès, une de Moulinié citée par Demons et enfin celle, encore inédite, qu'a bien voulu nous confier M. Ricard, en tout neuf observations. S'il en existe d'autres publiées, elles ont échappé à nos recherches.

(1) Demons. Kystes du plancher de la bouche confondus sous le nom de grenouillettes. Thèse de Paris, 1868, p. 55.

(2) Perassi. In *Rivista medica, di chir., di ther.*, mai 1873.

(3) Deprès. In *Bull et num. Soc. chir.*, 1879, nouv. ser. T. V, p. 794.



Anatomie pathologique et pathogénie.

La grenouillette sanguine est d'après la description de Dolbeau, une tumeur érectile ; cependant on trouve dans les observations publiées sous ce nom, deux sortes de lésions : dans les unes, la tumeur est nettement un angiome ; ainsi, dans l'observation n° 1 du mémoire de Dolbeau, la dissection de la pièce montre « que la tumeur était formée aux dépens du ventre antérieur du digastrique. Ce muscle, très développé, semblait n'être plus qu'un amas de veines et de fibres musculaires » avec une tumeur sous-maxillaire, existait une tumeur sublinguale composée « d'une grande cavité bien distincte, occupant le plancher de la bouche, l'épaisseur de la base de la langue. Vers le fond de cette cavité, on observait plusieurs orifices, communiquant avec de très petites cavités ». Enfin, il y avait communication reconnue par l'insufflation, entre la tumeur sublinguale et la sous-maxillaire. Les deux tumeurs étaient formées par d'innombrables vacuoles séparées par des cloisons plus ou moins complètes. Nous avons là nettement une tumeur érectile musculaire développée aux dépens du ventre antérieur du muscle digastrique ; quant à la tumeur sublinguale, c'est probablement une des vacuoles plus grande et plus dilatée de la masse sous-maxillaire. Telle devait être la tumeur du malade de M. Ricard ; la

tumeur sublinguale, ronde et régulière, communiquait facilement avec les veines nombreuses et volumineuses de la région sus-hyoïdienne.

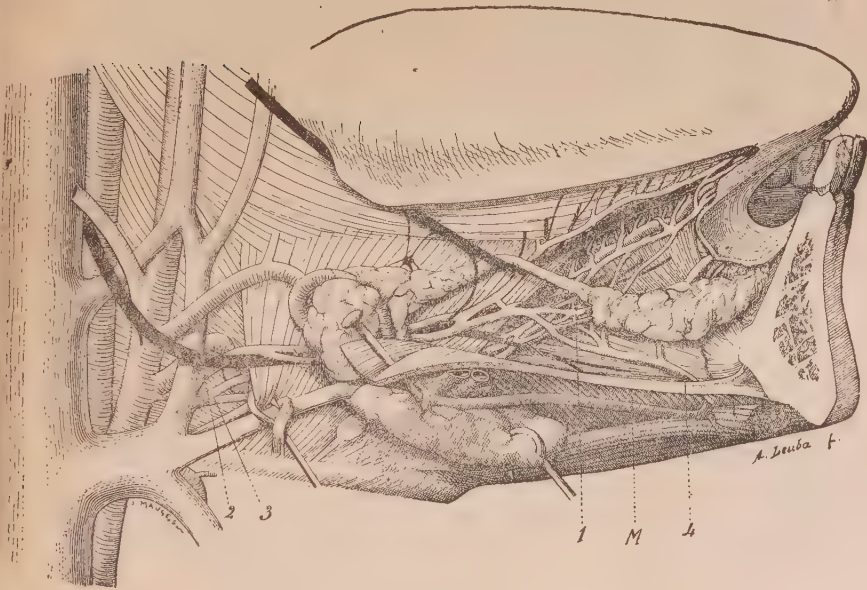
Voici d'autre part une dissection faite par Doubleau :

« Sur le cadavre d'une jeune femme, livrée aux dissections de l'école, j'ai trouvé une tumeur située à gauche du frein de la langue, sur le plancher de la bouche. Cette tumeur était grosse comme une noisette, recouverte par la muqueuse, qui était libre d'adhérences. Je crus à une grenouillette peu développée, et j'entrepris une dissection soignée dans l'intention d'éclaircir la question du siège précis de cette maladie.

J'ai disséqué la région glosso-sus-hyoïdienne en conservant les glandes et leurs conduits, puis j'ai séparé la portion médiane du maxillaire inférieur et j'ai pu isoler toute la pièce. Du côté droit, rien qui ne fût très normal ; mais, du côté gauche, j'eus beaucoup de peine à disséquer le conduit de Whartin, à cause de la présence de nombreuses veines variqueuses, et présentant par places des culs de sac. »

« Néanmoins, j'isolais le canal et j'eus la certitude qu'il n'était pour rien dans la formation du kyste ; celui-ci en était bien éloigné et logé au milieu des paquets variqueux dont j'ai déjà parlé ; j'ai voulu l'isoler complètement des veines, mais bientôt, il a été ouvert et j'ai pu

constater ce qui suit : les parois étaient très minces, lisses et d'aspect séreux vers l'intérieur. J'ai exploré les parois, et nulle part je n'ai pu trouver un trou, un pertuis qui fit



1. Plexus veineux sublingual.

2. Embouchure des veines qui accompagnent le nerf grand hypoglosse.

3. Embouchure des veines qui accompagnent l'artère linguale.

4. Veine sous-mentale-linguale.

M. Muscle mylo-hyoidien.

En arrière se voit, à son embouchure dans la grosse veine jugu-

laire interne, le *confluent hyoïdien* (Tronc thyro-linguo-facial) recevant les veines thyroïdienne, sublinguale, pharyngienne (1).

communiquer cette cavité, soit avec les conduits salivaires, soit avec les veines. »

C'est là non plus un angiome, mais un kyste sanguin.

Grâce à l'existence des paquets veineux dilatés, il est possible de rattacher ce kyste à l'évolution d'un angiome. La transformation kystique des angiomes étudiée par Hawkins (2) et attribuée par Holmes Coote (3) à l'oblitération d'un vaisseau par ses extrémités et à son isolement, est en effet connue.

Voici donc deux aspects différents, sous lesquels peut se présenter la tumeur : 1° tumeur érectile, musculaire comme nous l'avons vu, ou muqueuse ainsi que dans l'observation de Bouchet citée par Dolbau (voir obs. III) ;

(1) Paul Launay. — Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs. Planche XVI. Fig. 19.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier le Dr Launay de l'amabilité qu'il a eue en nous donnant la planche de la figure ci-jointe.

(2) Hawkins. Med. chirurg. transact. t. XXII p. 231.

— London méd. gaz. 1828 p. 842.

— id. t. XXVII p. 1021

(3) Holmes Coote. Méd. gazette 1882, tome X, p. 412.

2° kystes qui proviennent quelquefois de ces tumeurs érectiles.

En outre, des modifications dans les rapports des vaisseaux entre eux peuvent aussi se produire. Qu'à la suite d'un traumatisme, comme dans l'observation IX, une communication se fasse entre artères et veines, un anévrysme artério-veineux viendra surajouter ses symptômes à ceux de la tumeur érectile.

Ces tumeurs se développent dans une région extrêmement vasculaire, très riche en vaisseaux fréquemment anastomosés entre eux et avec lesquels elles communiquent largement. Leur prolongement en profondeur est souvent plus considérable qu'on ne serait tenté de le croire par leur aspect extérieur et la disposition des vaisseaux de la région nous permet de le comprendre.

Ces angiomes siègent dans la région sous-linguale latérale, région divisée en deux loges par le muscle mylohyoïdien. Au-dessus du muscle est la glande et la région sublinguale, au-dessous la région sous-mentale continue en arrière avec la sous-maxillaire.

Dans la région sublinguale, en arrière de la pointe de la langue sous la muqueuse du plancher de la bouche, sur le flanc du muscle génio-glosse se trouve un plexus veineux (1), rendez-vous des veines muqueuses et musculaires de la langue et des veines glandulaires. De ce plexus

(1) Launay. Veines jugulaires et artères cacotides etc... Thèse Paris 1896, p. 111 et Planche XVI.

partent en arrière les veines linguales que l'on peut avec Zukerkauhl diviser en : « veines satellites de l'artère linguale qui débouchent séparément soit dans la veine faciale commune, soit dans une veine pharyngienne et par son intermédiaire dans la veine jugulaire interne ; veines linguales qui, au nombre de deux longent le bord supérieur et inférieur du nerf hypoglosse ; veines du nerf lingual, qui vont avec le nerf lingual jusqu'au plexus veineux qui entoure le muscle phygoïdien externe ; veines du canal de Wharton, qui forment autour de ce canal un plexus et débouchent dans les veines de la glande sous maxillaire(1) ». Toutes ces veines linguales vont en arrière se jeter dans les veines jugulaires interne ; en s'unissant aux veines pharyngiennes, faciale, thyroïdienne, supérieure, et contribuent à former le confluent hyoïdien, (Farabeuf Launay) (2) situé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

En outre, du même plexus veineux sublingual, situé en dedans de la glande sublinguale, part souvent une veine inférieure (3), qui traverse le plancher de la bouche pour se jeter dans la veine sous-mentale (veine sous-mentale linguale).

Si donc une tumeur se développe aux dépens de ce plexus veineux sublingual, elle soulèvera la muqueuse buccale sous la pointe de la langue et pourra se prolonger en arrière vers le confluent hyoïdien, faisant saillie à la

(1) en Poirier. Traité d'an. hum. Tome IV p. 105.

(2) Launay. Thèse Paris page 144 et Planche 1.

(3) Launay. — Thèse Paris, page 111 et planche citée.

région sous-maxillaire. Elle communiquera largement à travers le muscle mylo-hyoïdien et en arrière de lui avec les veines de la région sous-mentale qui vont en arrière au même confluent hyoïdien et sont en avant dérivées par la veine jugulaire antérieure.

Au même tronc veineux postérieur (confluent hyoïdien), pédicule principal de la tumeur, aboutissent des veines pharyngiennes, laryngées et thyroïdiennes largement anastomosées entre elles.

On comprend ainsi comment les dilatations et néoformations vasculaires s'étendant de la région sublinguale à la sous-maxillaire, puis aux parois du pharynx et du larynx, peuvent déterminer des troubles fonctionnels analogues à ceux que nous avons constatés sur notre malade. Pendant l'essai d'ablation de la tumeur par la voie sus-hyoïdienne, des ligatures ou des pinces avaient été placées, en bas sur la veine jugulaire antérieure, en arrière sur le confluent hyoïdien ; à ce moment, lorsqu'on pressait sur la tumeur, refoulant le sang qu'elle contenait, le malade anesthésié était immédiatement pris d'accès de suffocation, qui cessait, dès qu'on laissait la tumeur se dilater. Il semble possible d'expliquer ces phénomènes par le reflux du sang vers les veines, qui longent les parois pharyngiennes et l'orifice supérieur du larynx, toutes en large communication (1), ce reflux étant devenu impossible par ses voies normales : en avant par la jugulaire antérieure, en arrière

(1) Ces communications se voient facilement sur la figure 53 empruntée à Luschka du tome IV du *Traité d'anat. hom.* de M. Poirier.

par le confluent veineux hyoïdien (Tronc thyro-linguo-facial).

Ces angiomes ont d'après les descriptions, et dans le cas que nous avons pu observer, l'aspect du tumeurs veineuses ; cependant, ainsi que le montrent les recherches de Dolbeau, la circulation s'y fait des artères aux veines. Ce sont les mêmes tumeurs que celles que l'on observe au cou, le long de la veine jugulaire interne par exemple ; on admet qu'elles se développent aux dépens des vaso-vasorum de la paroi veineuse et arrivent à communiquer largement avec la lumière de la veine. Une observation de Th. Anger montre bien cette disposition ; ayant eu l'occasion de disséquer un sujet atteint d'une tumeur sous-maxillaire, molle, réductible, il constate, après injection de l'artère et de la veine faciales, qu'il n'y a pas de communication directe d'artère à veine, mais dilatation de tous les vaisseaux développés aux dépens du vaso-vasorum, entre artère et veine ; ce qui donne l'aspect d'une tumeur érectile (1).

D'après ce que nous venons de voir, ces tumeurs vasculaire du plancher de la bouche, les grenouillettes sanguines, sont des tumeurs érectiles, par conséquent des tumeurs dues à la dilatation et à la néoformation de vaisseaux capillaires.

Dolbeau (2) pensait qu'elles pouvaient se former de

(1) Th. Anger. — Bull. et mém. de la Soc. de ch. 1879, Nouv. sér. t. V, p. 805.

(2) loc. cit. p. 29.

trois manières différentes : a) rupture ou ulcération de la paroi veineuse et épanchement du sang dans les tissus ; b) oblitération des veines dans certains points, destruction des parois contigues dans les portions libres, d'où formation d'une cavité ; c) dilatation simple et totale d'une veine, ou bien dilatation latérale du même vaisseau.

La première et la dernière de ces hypothèses ne sont pas acceptables aujourd'hui, on ne discute plus sur la formation des tumeurs érectiles. La deuxième correspond au kyste isolé que nous avons décrit plus haut et dont la formation généralement admise est celle que nous avons indiquée.

De Recklinghausen considère la grenouillette sanguine comme une ranule ordinaire, compliquée de dilatations variqueuses de la veine ranine ou de tumeurs érectiles (1).

Gross, Vautrin et Rohmer (Path. et clin. Chirurg. 1893 T. 1 p. 862) comparent la grenouillette sanguine aux kystes sanguins du cou.

M. le Professeur Tillaux (Chirurgie clinique T. 1 p. 345 Ed. 1887) pense que ce qu'on décrit sous le nom de grenouillette sanguine est le résultat d'un épanchement de sang dans la bourse de Fleischmann dû à la rupture spontanée ou traumatique d'un vaisseau sanguin.

(1) Dict. Dechambre art. grenouillette. Chauvel.

Étiologie

La grenouillette sanguine est un angiome le plus souvent, rarement un kyste sanguin, transformation probable d'une tumeur érectile ; il n'est donc pas étonnant que la congénitalité soit notée dans presque toutes les observations. Ce n'est pas à dire que la tumeur existe, volumineuse, dès la naissance ; mais dès la naissance existent soit des taches vasculaires de la muqueuse linguale soubuccale, soit de petites tumeurs, soit enfin une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne. Il est du reste fréquent de noter chez les sujets atteints, la coexistence de tumeur ou taches érectiles en d'autres régions du corps : tumeurs érectiles sous muqueuses de la langue dans l'obs. III et I, tumeurs érectiles cutanées ou simples nœvi dans les observations I et III, etc..

Tantôt l'accroissement de volume, rendant la tumeur gênante, se fait de bonne heure ; l'obs. VIII nous montre une enfant de sept mois atteinte, dans l'obs. VI le sujet a huit mois ; tantôt, et ceci est beaucoup plus fréquent, le développement est plus tardif ; 10, 14, 17, 18 ans, dans une seule observation, le sujet avait 34 ans. Il semble donc que ce soit l'*adolescence*, entre 10 et 20 ans, l'âge de prédilection pour ce développement plus rapide.

Le *sexe* semble avoir une influence, remarquée d'ailleurs déjà au sujet de tous les angiomes ; sur neuf obser-

ventions que nous connaissons, une ne fait pas mention du sexe ; des huit autres, six portent sur le sexe féminin.

Enfin l'affection paraît, ainsi que l'avait remarquée Dolbeau, porter plus souvent sur le côté gauche.



Symptômes

Nous devons étudier deux ordres de symptômes d'importance très différente, les signes physiques extérieurs, palpables sont ici très importants, les troubles fonctionnels, peu graves, ne se font sentir que tard.

Etudions d'abord une de ces tumeurs bien développée, chez une adulte, nous reviendrons ensuite sur la marche et l'évolution de l'affection.

La grenouillette sanguine se présente sous des aspects différents, analogue en cela à la grenouillette commune ; tantôt une tumeur buccale, sublinguale existe seule sans prolongement vers le cou ; tantôt, au contraire, on trouve à la fin une tumeur sublinguale et une sus-hyoïdienne. Ici, cependant, dans le cas d'Angiome, la coexistence des tumeurs buccales et sus-hyoïdienne semble beaucoup plus fréquente que pour la véritable grenouillette. En effet, sur neuf observations, quatre mentionnent la tumeur buccale seule et cinq la coexistence des deux tumeurs, on ne trouve pas cette grande proportion de prolongements sus-hyoïdien dans la grenouillette vulgaire.

Le *volume* de la tumeur est très variable, d'une noisette à une noix, lorsqu'elle est purement buccale, le volume dépasse celui d'un gros œuf de poule lorsqu'elle se prolonge à la région sus-hyoïdienne ; la saillie sous-maxil-

laire avait à elle seule, dans notre observation, le volume d'un œuf.

La *forme* est aussi variable ; globuleuse en totalité, elle peut-être régulière, lisse, dans les cas de kyste isolé, comme dans l'observation que nous avons citée au chapitre d'anatomie pathologique, plus souvent elle est irrégulièrement bosselée, surtout dans la région sous-maxillaire. Dans sa portion buccale, elle forme d'ordinaire une seule masse plus ou moins régulière, tant qu'elle reste limitée à un côté ; mais, lorsqu'elle tend à envahir le côté opposé, le frein de la langue la divise en deux parties inégales.

Dans la bouche, repoussant plus ou moins suivant son volume, la pointe de la langue, la tumeur est recouverte de la muqueuse intacte ; mais sur cette muqueuse on constate quelquefois l'existence de petits nœvis (obs. 4), ou de veines variqueuses. On peut observer des varicosités de la veine ranine sous la pointe de la langue (obs. 9).

A la région sous-maxillaire, la tumeur s'étend latéralement entre la ligne médiane et l'angle de la mâchoire, pouvant recouvrir dans le sens verticale une surface plus ou moins grande ; limitée ordinairement à la région sus-hyoïdienne et dépassant peu l'os hyoïde, elle peut s'étendre beaucoup plus, comme dans l'observation 6, où, sur un enfant de huit mois, elle va de l'apophyse zygomatique au cartilage cricoïde. Elle est recouverte par la peau normale et mobile.

La *coloration* de la tumeur, sous la muqueuse buccale, est ordinairement foncée, de la teinte bleuâtre à la

teinte brune ; lorsque la coloration est faible, la tumeur semble transparente, surtout dans le cas de kyste limité, dont le contenu est plus souvent séro-sanguinolent ou même simplement plutôt séreux que sanguin.

La *consistance* est très importante à étudier et peut-être fort utile dans l'étude du diagnostic. Le plus souvent la consistance est molle, le doigt pressant la tumeur, s'y enfonce aisément ; mais dans quelques observations la consistance était dure (obs. 5-9). Dans la première de ces deux observations, il existait au moment de l'examen un état inflammatoire de la région, que peut expliquer cette sensation de dureté, d'autant plus qu'elle disparaît avec les phénomènes d'inflammation. Dans la deuxième, la tumeur se complique d'une communication artério-veineuse donnant du thrill, du frémissement, etc.

Dans cette tumeur peuvent exister des *battements* peu marqués, sauf dans l'observation IX où l'anévrisme artério-veineux les rend très sensibles ; et bien que rarement, des souffles faibles et variables, intermittents ou continus avec renforcement. Lorsque ces souffles et ces battements existent, il est à craindre que la tumeur érectile ne se transforme en anévrisme cirsoïde. Du reste, dans la discussion qui suivit, à la Société de chirurgie, la lecture de l'observation de M. Després, M. Terrier émit l'opinion que la tumeur présentée pourrait bien être un anévrisme cirsoïde.

Mais deux caractères priment tous ceux que nous venons d'énumérer et dont la plupart sont communs à la

grenouillete ordinaire et à la grenouillete sanguine ; c'est la *réductibilité* de la tumeur et son *érectilité*.

Dans presque toutes les observations, on constate, en effet, que la tumeur diminue lorsqu'on la comprime, pour reprendre son volume primitif dès qu'on cesse la compression. Mais il ne suffit pas, pour constater ce symptôme, de presser soit la tumeur buccale, soit la tumeur sus-hyoïdienne, il faut presser sur la totalité de la tumeur entre une main placée sous la mâchoire et un ou deux doigts placés sous la langue ; on sent alors la tumeur se fondre pour ainsi dire sous la pression continue et soutenue, pour ne laisser entre les doigts que quelques nodosités et quelques cordons rappelant la sensation que donne un varicocèle comprimé.

Cependant, cette réductibilité n'est pas constante ; elle peut être incomplète, la tumeur ne se réduit qu'en partie, diminue seulement de volume (obs. III et IV) ; elle peut aussi manquer complètement, comme dans l'observation V où, même après la disparition de l'élément inflammatoire la tumeur restait irréductible.

Ce n'est que dans ces cas, où la tumeur n'est pas ou est incomplètement réductible, qu'on pourra trouver la fluctuation ; dans les autres cas, en effet, il est impossible d'immobiliser la tumeur entre les doigts pour rechercher ce signe, la réduction se produisant dès qu'on la comprime.

L'*érectilité* est au contraire constante, signalée dans toutes les observations ; sous l'influence des efforts, des

cris, de la colère, des émotions morales vives, etc., la tumeur augmente de volume, les varicosités visibles deviennent plus nettes, la teinte devient plus foncée et la tumeur entière est tendue, dure, irréductible. Autour de la tumeur sous-maxillaire, dans le cou, les veines sous-cutanées se gonflent et se montrent plus volumineuses que du côté opposé. Nous insistons sur ce caractère commun à tous les angiomes, mais qui ici prend une grande importance, car sa recherche peut être d'une grande utilité dans le diagnostic de l'affection.

De tous les signes extérieurs de la tumeur, nous devons donc retenir le *siège spécial*, la *coloration*, la *consistance*, la *réductibilité* et l'*érectilité*.

Il nous faut aussi signaler ici la coexistence fréquente notée dans presque toutes les observations, d'autres lésions du même genre. Sur le reste du corps, sur les lèvres, à la face interne des joues et des gencives, sur le dos et la base de la langue, on peut trouver soit des taches, soit de petites tumeurs érectiles ; sur les membres, on trouve soit des *nœvi*, soit surtout des tumeurs cutanées à l'avant-bras, à la cuisse, etc.

A ces symptômes physiques s'ajoutent en général peu de signes fonctionnels.

L'*indolence* absolue de ces tumeurs est un fait presque constant ; cependant, dans une observation (Obs. IX), la malade éprouvait des migraines et des douleurs névralgiques assez fréquentes du côté correspondant à la tumeur, surtout à l'époque des règles.

Tant que la tumeur est de petit volume, elle ne détermine aucun trouble ; si elle proémine à la région sous-maxillaire, elle peut, surtout chez une fille, causer une difformité gênante et pousser la malade à réclamer une intervention. Mais lorsque la tumeur buccale prend un volume plus considérable et refoule la langue, la parole devient moins aisée, la déglutition peut être gênée et même la respiration ; nous avons vu que, grâce aux anastomoses des abondantes veines de la région, la tumeur peut provoquer des dilatations et s'étendre vers les parois pharyngiennes et l'orifice supérieur du larynx.

Chez l'enfant, enfin (Obs. VIII), la tumeur sublinguale peut apporter une gêne considérable à la succion du lait.

Enfin, la tumeur augmente ordinairement au moment des règles, comme la plupart des tumeurs érectiles, et les troubles fonctionnels peuvent alors s'accroître.

En somme, c'est surtout par la difformité qu'elle occasionne et le refoulement de la langue du côté opposé que la tumeur incommodé le malade et le pousse à consulter un médecin ; cependant, l'augmentation progressive possible d'un angiome caverneux, diffus, ses transformations, peuvent apporter un danger nouveau, et il nous faut succinctement dire quelques mots de l'évolution de la gre nouillette sanguine.

La *marche* de ces tumeurs est essentiellement irrégulière ; existant dès la naissance, il est possible qu'elles peuvent, comme tous les angiomes, disparaître spontanément pendant les premières années de la vie ; mais, d'après

les observations que nous avons pu recueillir, lorsqu'elles persistent, elles tendent à augmenter lentement et progressivement. Quelquefois, néanmoins, l'augmentation de volume est rapide et c'est sur des enfants de sept mois (Perassi), de huit mois (Hawkins), qu'on put trouver des tumeurs volumineuses. Ceci est rare cependant, et c'est ordinairement beaucoup plus tard que l'augmentation lente amène peu à peu quelques légers troubles, qui inquiètent le malade ; cinq des neuf observations portent sur des sujets âgés de 8 à 18 ans. Aussi peut-on penser que la puberté doit avoir ici, comme du reste pour les angiomes en général, une grande influence sur le développement de la tumeur.

Quant aux *transformations* possibles, nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, qu'une partie de la tumeur pouvait s'isoler et former un kyste sublingual séreux ou séro-sanguinolent ; c'est là une transformation peu dangereuse au point de vue de pronostic, mais qui peut changer d'aspect et rendre le diagnostic plus difficile. A côté de cette transformation kystique, il nous faut signaler la transformation possible des angiomes en anévrysmes cirsoïdes. Cette modification dans la structure de la tumeur serait fort dangereuse quant à son pronostic, mais il est probable qu'elle a peu de tendance à se faire dans la grenouillette sanguine. On sait en effet, que c'est surtout dans les angiomes à circulation rapide, les tumeurs artérielles, que peu survenir cette transformation, et nous avons vu que les angiomes du plancher de la bouche étaient d'ordinaire

des angiomes à circulation lente, des tumeurs veineuses cliniquement. Nous devons cependant remarquer que dans l'observation de M. Vespín (Obs. IV) où il existait des souffles, des battements, du strill, du frémissément, M. Terrier avait pensé à un anévrysme cirsoïde, or les symptômes de cette affection n'étaient survenus que tardivement vers l'âge de 16 ans, dans une tumeur vasculaire existant depuis longtemps.



Diagnostic

Le siège et la forme de la tumeur que nous étudions l'ont souvent fait confondre avec une autre tumeur beaucoup plus fréquente dans la même région, la grenouillette commune, les kystes d'origine solivaire.

Nous l'avons vu, deux cas peuvent se présenter : ou bien nous sommes en présence d'un véritable *kyste sanguin*, à contours bien limités, de consistance dure, sous une muqueuse saine ; ce cas est rare, mais peut exister, ainsi qu'en témoigne la dissection de Dolbeau, citée plus haut et l'observation de Howkins (obs. VI).

Dans ce cas, si la tumeur est uniquement sublinguale, le diagnostic posé ne peut être que grenouillette et la ponction seule montrera la nature du contenu. Mais le plus souvent, on se trouve en présence d'une *tumeur érectile*, faisant plus ou moins saillie dans la bouche et à la région sous-maxillaire.

L'aspect de la tumeur, sa situation éveillent immédiatement l'idée d'une *grenouillette sub-linguale et sous-maxillaire*.

L'erreur, du reste, a plus d'une fois été commise ; Nélaton, dans une observation de Dolbeau (obs. VI), s'y méprit.

Cependant, un certain nombre de symptômes doivent

attirer l'attention. La grenouillette commune, sublinguale et sushyoïdienne à la fin, peu se présenter sous l'aspect de deux tumeurs séparées, molles, fluctuantes, indolentes, mais sans communication de l'une à l'autre ; jamais une tumeur érectile ne présente cet aspect. D'autres fois, la communication existe, le liquide se laisse refouler d'une porte à l'autre, c'est avec cette variété que pourra surtout être confondue la grenouillette sanguine.

Ce n'est évidemment pas lors de l'existence d'une grenouillette vraie, salivaire que l'erreur est à craindre ; la rareté de la grenouillette sanguine fait que l'on n'y songe pas et c'est bien plutôt à méconnaître une tumeur érectile que l'on est exposé. En présence donc d'une tumeur sublinguale et sus-hyoïdienne, avec communication facile d'une région à l'autre, il faudra chercher, si l'on n'a pas à faire avec une angiome, il faut y penser. Cependant, l'existence sur le dos de la langue, sur la lèvre inférieure, sur les gencives, sur la muqueuse buccale de points érectiles ou de veines variqueuses, devra attirer l'attention et faire songer à la possibilité d'une grenouillette sanguine.

Pressant alors régulièrement et doucement la tumeur entre les doigts, on constatera : qu'elle se réduit et disparaît entièrement ou diminue sensiblement de volume. Priant le malade de faire un effort, on verra la tumeur augmenter de volume, se tendre et peut-être des veines dilatées se marquer dans la région. Si même la réductibilité manque, la tension et l'augmentation de volume à l'effort suffiront pour faire porter le diagnostic de tumeur sanguine.

Et ce diagnostic est très important à poser car l'erreur a conduit quelquefois à des interventions dangereuses ; c'est ainsi que dans l'observation III une hémorrhagie grave succéda à une ponction faite dans une tumeur érectile, prise pour une grenouillette. La même erreur fit faire aussi une ponction dans l'observation II ; une hémorrhagie difficile à arrêter se produisit, puis dans une autre intervention, une infection qui aurait été peu grave probablement, dans un kyste salivaire, amena dans ce cas la mort du malade.

C'est donc surtout avec la grenouillette vulgaire que pourra se faire la confusion ; cependant, il est d'autres tumeurs du plancher de la bouche, plus rare, il est vrai, qui pourraient faire hésiter le diagnostic. Ce sont les kystes séreux congénitaux ou acquis, les kystes dermoïdes, les kystes hydatiques (grenouillette hydatique de Laugier) et les lipomes.

Les *kystes séreux* acquis sont fort rares, peu connus. Les *kystes congénitaux* seront plutôt confondus ; semblables à ceux du cou, ils ont une forme variable, régulière ou bosselée ; leur consistance est molle ; ils pourraient donc être confondus avec une grenouillette sanguine peu ou pas réductible et dans ces cas difficiles, une ponction exploratrice pourrait seule lever les doutes ; l'angiome donnera un écoulement de sang continu.

Les *kystes dermoïdes* du plancher buccal siègent plutôt sur la ligne médiane, la tumeur buccale n'est ni transparente, ni violacée ou brônâtre, mais plutôt blanche ou

jaunâtre ; la saillie sus-hyoïdienne est médiane, enfin, la tumeur adhère profondément, soit à la mâchoire, soit à l'os hyoïde. Tous ces caractères permettent ordinairement de les reconnaître.

Les *kystes hydatiques*, très rares, ressemblent à la grenouillette ordinaire ; ils ne sont pas réductibles ; les efforts ne les tendent pas ; leur coloration sous la muqueuse n'est pas celle de la grenouillette sanguine ; l'épaisseur de leur paroi empêche qu'ils soient transparents.

Les *lipomes* du plancher de la bouche, extrêmement rares, proéminent surtout sous la mâchoire, peu dans la cavité buccale ; ils donnent une sensation de mollesse et de fausse fluctuation, qui fait penser à une tumeur liquide ; les limites en sont mal marquées d'ordinaire, mais il n'y a ni réductibilité, ni érectilité.

C'est donc sur ces deux derniers caractères qu'il faudra surtout se baser pour poser le diagnostic de grenouillette sanguine ; s'ils n'existent pas, une ponction exploratrice pourra seule, en montrant le contenu de la tumeur, déterminer sa nature.

Lorsque le diagnostic de tumeur érectile sera posé, il pourra être utile de se rendre compte de son étendue, rechercher ses limites pendant l'effort ; cependant, il faut savoir que les lésions s'étendent d'ordinaire beaucoup plus loin qu'elles ne paraissent.

Traitement

L'importance d'un diagnostic précis est fort grande ; la confusion avec une grenouillette simple ou un kyste séreux amène à une intervention à la fois dangereuse et inutile.

Le traitement ne peut être le même dans tous les cas ; nous avons donc à étudier :

1° Les indications du traitement, qui ne peut être que chirurgical.

2° L'époque à laquelle le traitement doit être appliqué, s'il est décidé.

3° La méthode à employer.

Il est évident, que les indications seront toute différentes, selon qu'on se trouve en présence d'une tumeur érectile ou d'un *kyste sanguin*. Si le diagnostic de kyste limité, sans communication avec les vaisseaux, c'est-à-dire sauf réduction, le traitement opératoire sera tout indiqué ; c'était probablement le cas pour les tumeurs buccales dans l'observation VI, où des ponctions répétées amenèrent la guérison ; et aussi dans l'observation VII, où l'on put faire l'extirpation par la bouche, extirpation suivie d'une hémorrhagie artérielle arrêtée par la cautérisation au fer rouge.

Dans ces cas, donc, on pourra recouvrir, soit aux ponction, non suivies d'injections à cause des chances possibles d'absorption rapide ; ou bien plutôt à l'extirpation qui doit se présenter avec les mêmes difficultés que l'extirpa-

tion d'une grenoulette sublinguale.

Mais, nous l'avons vu, ces cas sont fort rares et c'est à la *tumeur érectile* elle-même, qu'il faut s'attaquer d'ordinaire ; elle fait saillie à la fois dans la bouche et à la région sus-hyoïdienne.

Doit-on intervenir ? Dolbeau, en 1854, concluait à l'obstention : « On ne doit rien tenter contre les kystes sanguins, situés sous la langue, tant qu'ils n'apportent pas une gêne considérables dans les fonctions importantes. Tous les moyens ordinaires seraient peu certains, et de plus, on s'exposerait à déterminer une inflammation dangereuse dans la tumeur ou dans les tissus environnants ».

« Dans le cas de kyste bien isolé, sans rapport avec la circulation générale, c'est-à-dire kyste irréductible et ne changeant pas de couleur, ni de volume pendant l'effort, on pourrait employer l'incision suivie ou non de l'excision. Mais le plus souvent, le kyste communique avec des veines nombreuses, variqueuses, facilement inflammables. La lecture de nos observations montre que la ponction seule est très dangereuse. D'ailleurs, quel serait le résultat d'une ponction même suivie d'injection ? L'hémorrhagie et l'inflammation avec tous ses inconvénients. De semblables tumeurs, c'est l'anatomie qui nous l'enseigne, sont incurables par les moyens ordinaires, l'extirpation seule pourrait amener la guérison. Je crois qu'il est plus sage de s'en abstenir, tout en essayant de remédier aux accidents, suivant leur nature. »

A cette époque, en effet, l'hémorrhagie qu'on arrêtrait

difficilement, et l'infection qui prenait des allures très graves pour une intervention même minime (obs. II), étaient de sérieuses contr'indications à toute tentative. En est-il de même aujourd'hui ? Avons-nous à notre disposition d'autres moyens que l'extirpation ? Celle-ci est-elle possible ?

Mais avant de passer en revue ces différents moyens employés contre les tumeurs érectiles sous-cutanées et sous-muqueuses, répondons à notre première question, **doit-on intervenir ?**

La guérison spontanée, nous l'avons vu, n'existe pas ; l'accroissement est lent, mais progressif ; la difformité occasionnée par la présence de la tumeur sus-hyoïdienne est un ennui pour le malade ; la saillie de la tumeur sous la langue arrive rapidement à gêner la parole et la mastication. Pour toutes ces raisons, il vaut mieux essayer de débarrasser le malade de cette tumeur.

Peut-on le faire à n'importe quel âge ? En général, la tumeur n'atteint un volume gênant que dans l'adolescence ; cependant, nous en connaissons deux cas volumineux, l'un à sept mois (obs. VIII), l'autre à huit mois (obs. VI). A cet âge, toute perte de sang est grave, et toute intervention sur une tumeur vasculaire expose à une perte sanguine ; aussi, ne devra-t-on, dans l'enfance, intervenir que si l'accroissement de la tumeur est très rapide.

Quels moyens sont à la disposition du chirurgien, lorsqu'il se décidera à intervenir ?

Nous trouvons, dans les Traités, l'énumération des méthodes employées contre les angiômes profonds ; il ne

rentre pas dans notre sujets de les étudier tous, mais de voir quels sont ceux qui pourront trouver leur application dans le cas particulier.

On divise, depuis Brocca, ces méthodes en trois classes : méthode atrophiante, méthode pertubatrice, méthode destructive.

La MÉTHODE ATROPHIANTE renferme comme procédés ; la *compression*, essayée plusieurs fois sans succès et la *ligature des troncs artériels*.

Dans l'observation IX, M. Desprès pratique la ligature des deux artères linguales sans succès ; il est, du reste, difficile de croire que la ligature de ces deux branches artérielles puisse amener la guérison ; la ligature de la carotide externe l'eut-elle amenée ? Cela est peu probable et, en tout cas, elle n'est pas sans danger.

La méthode perturbatrice comprend :

1° *L'incision* seule ou avec l'excisiou partielle ; nous voyons d'après l'observation III, combien dangereux est l'hémorrhagie, qui succède à cette opération ; elle est en outre inutile. si nous en croyons l'insuccès de ce cas.

2° *Les injections de liquides coagulants* ou modificateurs ; et nous voyons que « Laffé et Duplay ne rejettent pas les injections interstitielles de perchlorure de fer à 15 en 16 degrés, à la dose de 10 à 15 gouttes », dans la grenouillette sanguine (1). C'est là une méthode essentiellement dangereuse, surtout dans le cas particulier, où la

(1). Dict. Dechambre, Art. grenouillette, chap. Grenouillette sanguine. Chauvel,

la compression circulaire de la tumeur est impossible à bien faire ; nous devons donc la proscrire. Desprès (2) conseille le fer rouge, les injections ne lui semblent pas prudentes.

Enfin, *l'électrolyse*, surtout employée dans les tumeurs érectiles cutanées, peut aussi être appliquée aux tumeurs profondes. Malheureusement c'est là une méthode très longue, surtout pour les tumeurs étendues comme le sont celles dont il s'agit, et fort douloureuses, les séances d'électrisation font souffrir beaucoup les malades, et elles doivent être nombreuses ; aussi comprend-on facilement qu'on se laisse tenter par une méthode plus rapide, possible aujourd'hui, la méthode destructive.

LA MÉTHODE DESTRUCTIVE comprend l'ablation *l'extirpation* de la tumeur. A côté de ces méthodes sanglantes, nous pouvons placer la méthode sclérogène, méthode destructive par production de tissu fibreux et que le Professeur Lannelongue a préconisée dans le traitement des angiomes circonscrits. M. Morestin cite dans son article du nouveau traité de chirurgie (3) un beau succès dû à cette méthode. M. Hartmann dit, dans son article du traité de chirurgie « mieux vaudrait, si l'on se décide à intervenir, recourir franchement à l'extirpation, la forcipressure mettant aujourd'hui à l'abri de l'hémorrhagie.

Il est manifeste que c'est là la méthode de choix, celle qui demeure si elle est possible, le meilleur résultat défi-

(2) Dict. Dechambre, Art. grenouillette, chap. prem. Sanguine. Chauvel.

(3) Traité de chirurgie clinique et path. (Le Dentu Delbet) T, IV p. 264.

nitif. Elle est, en général, possible pour les angiomes sous-cutanés, elle ne l'est pas toujours pour ceux du plancher de la bouche, l'observation I en est une preuve.

En présence d'une tumeur érectile sublinguale et sous-maxillaire diagnostiquée, M. Ricard avait décidé l'extirpation. Une incision sus-hyoïdienne avait amené rapidement le chirurgien sur la tumeur, qui se présentait avec sa teinte bleu foncé et ses lobulations. Cherchant à l'extirper, M. Ricard libère d'abord la tumeur de ses attaches accessibles ; en bas et en avant un gros pédicule l'unit à la veine jugulaire extérieure très augmentée de volume, une ligature est posée dessus ; la tumeur est soulevée ; quelques pinces profondes permettent de la détacher un peu vers la langue. En arrière, un gros pédicule maintient la tumeur, c'est le confluent hyoïdien, dont nous avons parlé au chapitre d'anatomie pathologique ; une ligature le libère. La tumeur ne tient plus que par des attaches très profondes ; elle est tendue, ses voies d'écoulement normales, en bas et en arrière, étant fermées.

M. Ricard, pour la soulever et essayer de la détacher plus profondément, la presse entre ses doigts ; immédiatement, le malade asphyxie ; la pression relâchée, la respiration redevient libre ; et chaque fois que le chirurgien presse sur la tumeur et en chasse le sang, la suffocation revient, la cyanose, l'asphyxie. En présence de ces accidents, M. Ricard ne peut poursuivre son opération, est obligé de refermer la plaie, et de crainte de comprimer la tumeur très étendue, il laisse la partie moyenne de la plaie

ouverte. Voilà donc un accident imprévu et contre lequel aucune lutte n'est possible, qui vient faire obstacle à l'ablation de la tumeur. Peut-être pouvons-nous expliquer ces accidents grâce à la disposition que nous avons signalée déjà, du système veineux dans cette région. Les deux pédicules normaux, les deux voies d'écoulement étaient la veine jugulaire antérieure et le confluent veineux hyoïdien (Tronc veineux thyro-linguo facial de Farabeuf) (1) ; ces voies fermées, le contenu sanguin de la tumeur vient remplir les veines péri-pharyngiennes et périlaryngées, peut-être dilatées elles-mêmes, d'où ces accès de suffocation, se répétant d'une façon nette et manifeste à chaque compression de la tumeur.

Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, l'accident n'en existe pas moins, suffisant pour empêcher l'extirpation. Ce n'est pas à dire, qu'il ne faille jamais tenter cette extirpation ; l'innocuité de l'intervention, la préservation possible aujourd'hui de toute infection, autorisent à tenter l'opération. On n'aura rien fait perdre au malade, si l'on est obligé de s'arrêter et de laisser les choses en état ; on risque d'autre part de le débarrasser de sa tumeur.

De toutes les méthodes, pour les tumeurs érectiles vraies, l'extirpation sera donc la méthode de choix, si elle est possible ; peut-être en cas d'insuccès pourrait-on essayer l'électrolyse, qui a donné de bons résultats en d'autres régions.

(1) Voir plus haut.

La méthode sclérogène pourra être employée dans les tumeurs petites en bien circonscrites, mais elle est malheureusement impraticable, croyons-nous, dans les cas semblables à celui que nous venons de citer.



OBSERVATIONS

Observation 1

(Inédite)

Angiome du plancher de la bouche, faisant saillie à la région sous-maxillaire et sous la langue; à droite, grenouillette sanguine (1).

Georges I..., âgé de 17 ans, entre le 25 février 1896 à l'hôpital de la Pitié, n° 22 de la salle Broca, dans le service de Monsieur Reclus, suppléé par M. Ricard.

Ant. héréd. — Rien à noter.

Ant. pers. — Aucune maladie antérieure, aucune malformation congénitale.

Histoire de la maladie. — Depuis son enfance, ce malade se souvient avoir eu toujours une tumeur, faisant saillie à la fois à la région sous-maxillaire droite et dans la bouche, sous la lan-

(1) C'est à ce malade que fait allusion M. Morestin, dans son article du traité de chirurgie Le Dentu-Delbet; M. Morestin avait en effet, ainsi qu'il le dit, eu l'occasion de voir ce malade dans le service de M. Ricard.

gue, du même côté. Cette tumeur s'est accrue relativement peu sans jamais provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel. Cependant, la saillie sous-maxillaire et la saillie buccale déterminent une gêne suffisante pour que la malade demande à en être débarrassé.

Examen du malade à son entrée. — La tumeur sous-maxillaire, du volume d'un petit œuf de poule, allongée d'avant en arrière, se continue nettement avec la saillie sublinguale du même côté.

La saillie sublinguale, du volume d'une grosse noisette est recouverte par la muqueuse buccale, qui à cet endroit est violacée et sillonnée de veines dilatées et variqueuses.

Cette tumeur présente à la palpation une mollesse et une douceur particulière, c'est une poche qu'on peut comprimer — en la comprimant à la fois, par la région sous-maxillaire et la région sublinguale, on arrive à la réduire presque totalement et on a alors une sensation rappelant celle que donne un varicocèle.

Si au contraire, l'on prie le malade de faire un effort, la tumeur se gonfle, devient dure, légèrement rénitente, et double de volume. De plus on voit se gonfler le système des veines antérieures du cou ; on voit, en particulier, se dessiner nettement une grosse veine située au niveau de la région médiane du cou et qui, très flexueuse, et du volume du petit doigt, descend en serpentant jusqu'à la fourchette sternale.

A l'état de repos, aucune dilatation artérielle, ni veineuse, le doigt ne perçoit ni battements, ni frémissement ; l'auscultation ne dénote aucun souffle.

En examinant le malade, on remarque au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit, sur le bord cubital, deux petites tumeurs érectiles superposées. Par la compression des veines superficielles, la tumeur supérieure se gonfle et atteint le volume

d'un petit œuf de poule, l'inférieure est plus petite. Leur consistance est plus accusée et elles deviennent incomplètement réductibles.

Diagnostic : Tumeur érectile du plancher de la bouche.

Opération le 29 février 1896.

M. Ricard, par une incision sous-maxillaire transversale au niveau de la tumeur, découvre celle-ci, après avoir traversé peau, peaucier, aponévrose superficielle. La tumeur est violacée, bosselée, irrégulièrement tendue. Le chirurgien cherche à l'énucléer, en sectionnant entre deux pinces les différentes veines afférentes ; on l'isole ainsi de deux gros troncs veineux occupant la région sus-hyoïdienne latérale, très en arrière et en bas de la veine jugulaire antérieure volumineuse ; à ce moment, voulant soulever la tumeur ainsi libérée en bas, en avant et en arrière, le chirurgien s'aperçoit que la compression de la tumeur détermine chez le malade une gêne notable de la respiration. A chaque tentative de réduction, la respiration se ralentit ; le malade se cyanose et tout cesse, dès qu'on laisse la tumeur se gonfler. On attend quelque peu, mais le même phénomène persistant, force est de s'arrêter.

Suture de la peau, aux deux extrémités de la plaie ; les pinces restent à demeure sur les pédicules ; au milieu de l'incision, la tumeur déborde.

Pansement.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; tout se passe normalement au point de vue de la plaie ; pas de suppuration ; cicatrisation lente.

La tumeur conserve son volume, sa forme, sa saillie buccale ; elle n'augmente ni en dimensions, ni en volume.

A la fin de mars, la plaie est complètement cicatrisée ; la tumeur, recouverte de la cicatrice sous-maxillaire, n'a pas diminué

de volume. Aucune gêne nouvelle ne s'est produite ; le malade est dans le même état qu'avant l'intervention (1).

Observation 2

Tumeurs sanguines de la tête et du cou, tumeur du plancher de la bouche prise pour une grenouillette. Ponction, phlébite, mort.

(Dolbeau. Mémoire cité, 1857, p. 7).

Hôpital des Cliniques, n° 1. Service de M. Nélaton.

Le 20 novembre 1853, M. Nélaton reçoit dans son service une femme âgée de 34 ans, qui lui était adressée pour un anévrysme du cou. Voici les résultats fournis par l'examen de la malade. Les symptômes se rapportent à plusieurs maladies distinctes. La langue est déformée, plus grosse ; elle présente des bosselures violet foncé. L'organe a sa consistance normale dans certains points ; dans d'autres, il y a augmentation de fermeté. Vers la base, là où se trouve les papilles, on rencontre des mamelons en forme de champignons violacés, séparés par des sillons très profonds.

Les parties adjacentes sont aussi malades ; la lèvre inférieure présente à son bord libre une tache violette ; à sa face interne des tumeurs violettes irrégulières. Il y a en outre à la face interne de la joue gauche, des lésions analogues. Ce sont là les divers états d'une ulcération variqueuse très étendue ; dans les joues on trouve des noyaux durs assez douloureux, quelques-uns de ces noyaux sont réductibles par la pression.

(1) Nous avons revu dernièrement le malade, c'est-à-dire plus de deux ans après l'intervention. La cicatrice n'a aucune tendance à céder, et la tumeur n'a pas augmenté de volume.

De plus, et du côté gauche, entre le frein de la langue et la mâchoire, il y a sur le plancher de la bouche un relief transversal, mou, fluctuant, bleuâtre, mais moins que les autres bosselures. Cette bosselure, dit M. Nélaton, est transparente ; elle pourrait tromper ; il y a là une grenouillette coexistant avec d'autres lésions.

Sous le menton, on trouve un relief en relation avec la tumeur de la bouche. Il est bon de noter que l'orifice des deux conduits de Warton est parfaitement libre.

Vient ensuite un autre ordre de symptômes. Dans la région carotidienne, près de la bifurcation de l'artère, il y a une tumeur bien circonscrite. Elle répond en haut à la partie inférieure de la grenouillette ; en avant au cartilage thyroïde, en arrière, au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette tumeur est souple, réductible ; elle est le siège de battements en rapport avec le pouls, on y perçoit un frémissement très évident quand on comprime faiblement.

L'auscultation fournit un signe précieux : souffle continu avec renforcement.

Troubles fonctionnels : gêne de la parole, de la déglutition ; respiration assez facile : rien au cœur, ni dans la sous-clavière, ni du côté des fonctions cérébrales, ni des organes des sens. La malade entend continuellement le bruit de frémissement. Ces symptômes établis, quelles en sont les conséquences ? A quelles maladies avons-nous affaire ? Il y a, dit M. Nélaton :

1). Une grenouillette avec tous ses signes ; mais c'est une simple coïncidence.

2). Tumeurs érectiles veineuses sous-muqueuse de la langue, dans les papilles, les lèvres, les joues ; toutes sont congénitales.

3). Une affection du cou, difficile à préciser, mais dans laquelle le sang artériel communique avec le sang veineux.

Quant au traitement, ajoute M. Nélaton, il ne faut rien faire aux tumeurs érectiles. Il faut aussi respecter la tumeur du cou, vu la difficulté d'aller trouver le point de l'artère, qui fournit le sang ; mais il y a avantage à débarasser le malade de sa grenouillette ; la déglutition sera plus facile, et la respiration moins laborieuse.

Plusieurs jours après sa leçon, M. Nélaton fit dans la tumeur une ponction avec un trocart à hydrocèle. Il sortit aussitôt un sang très rouge, mais sans impulsion. Ce résultat inattendu fit remettre l'injection iodée, l'hémorrhagie fut difficilement arrêtée. Les jours suivants, il y eut du gonflement et de la douleur, gêne de la respiration ; puis des accidents généraux, tels que le délire, symptômes cholériformes, altération de la face, etc. ; le huitième jour, le malade succombe.

L'autopsie a démontré les particularités suivantes : disons tout d'abord, qu'une injection poussée par l'artère carotide est de suite revenue par la jugulaire. Nous dirons plus loin par où elle avait pénétré.

Les parties superficielles enlevées, j'allais de suite à la recherche des branches de la carotide ; la dissection me fit tout de suite rencontrer une tumeur, qui correspondait à la masse, considérée comme un anévrysme. Cette tumeur envoyait un prolongement au-devant du masséter. Elle était remplie par l'injection ; sa forme était irrégulière, bosselée et par en bas, elle se joignait à la veine jugulaire externe, au moyen d'une grosse veine oblique. En écartant les lobes de cette tumeur, on voyait l'artère faciale s'y ramifier, devenir de plus en plus fine, puis se terminer ;

mais impossible de voir le lieu de communication entre l'artère et les pelotons veineux. Cependant le souffle continue observé pendant la vie, le passage facile et sans pression, l'injection montre que la communication existait réellement. Je dois ajouter que l'injection des artères de la tête était à peu près nulle ; tout était bien dans les veines jugulaires.

Passant de là à la tumeur sous-maxillaire, je constatai d'abord, que la glande sous-maxillaire était intacte, et que la tumeur était formée aux dépens du ventre antérieur du digastrique, toujours du côté gauche. Ce muscle, très développé, semblait être plus qu'un amas de veines et de fibres musculaires.

Quelques parcelles de l'injection pourraient être senties par le toucher. Quant à la prétendue grenouillette, elle existait encore ; l'orifice de la ponction était largement ouvert ; la tumeur était affaissée et ne renfermait pas d'injection. J'introduisis un tube à insufflation, et je soufflai doucement. Immédiatement, je vis la tumeur se tendre, puis la base de la langue augmenter de volume ; enfin je vis l'air remplir la tumeur du digastrique, puis la tumeur latérale et enfin sortir par la jugulaire externe, en se frayant un passage entre la paroi veineuse et la matière à injection. Ceci nous parut singulier ; mais, il fallut bien admettre un rapport évident entre les tumeurs et le système veineux.

La grosse tumeur, celle du digastrique, fut examinée ; elle était formée d'innombrables vacuoles, séparées par

des cloisons plus ou moins complètes. Quant à la tumeur du plancher de la bouche, elle se composait d'une grande cavité bien distincte et occupant le plancher de la bouche, l'épaisseur de la base de la langue. Vers le fond de cette cavité, on observait plusieurs orifices communiquant avec de très petites cavités. Toutes ces cavités à parois minces renfermaient encore du sang dans différents états. Dans certains points, il y avait autour des paquets variqueux des indurations qui doivent être rapportées à une ancienne phlegmasie, qui s'était anciennement emparée de la tumeur. La malade avait du reste indiqué ces accidents.

Nous avons trouvé une congestion des deux poumons, un noyau apoplectique dans le tissu du foie, puis trois petits abcès dans le tissu sous-arachnoïdien.

Observation 3

Bouchet. Bull. de la Société anatomique, 1854. (Citée dans le mémoire de Dolbeau).

M. Bouchet a observé, il y a quelques mois, à Bergues, près Dunkerque, avec le Docteur Bollaert, une *tumeur placée dans la langue et qui offrait tous les caractères de la grenouillette*. Ces caractères étaient si évidents, qu'il n'hésite pas à porter son diagnostic. Cependant, M. Bollaert avait fait une première ponction dans la tumeur, *elle avait donné lieu à un écoulement sanguin très abondant*, et il n'était pas sorti de ce liquide vis-

queux, gluant, caractéristique. De plus, la tumeur semblait augmenter à chaque effort, à chaque cri de la petite fille (7 à 8 ans), et me paraissait diminuer sous une pression continue et prolongée.

Ces caractères étaient douteux, et après un examen plus attentif, en présence de la forme, de la position, du reflet de la tumeur, on s'arrête au diagnostic : *grenouillette*.

On passe un ténaculum dans la tumeur ; puis à l'aide de ciseaux courbes, on incise toute la portion de tissu que le ténaculum avait soulevé. *Il n'en sortit que du sang*. Comme le ténaculum n'avait traversé aucune cavité, que l'on avait toujours senti la pointe engagée dans une masse concrète, on crut d'abord qu'on n'avait pas atteint le kyste. On porta dans le fond de la plaie un bistouri étroit, il n'en sortit encore que du sang.

On s'en tint là ; l'écoulement sanguin fut assez abondant : boulette de charpie, alun, colophane ne purent l'arrêter ; mais on fut plus heureux avec une solution d'eau de Rabel. Quelques jours après, la petite malade ne ressentait plus rien.

Le petit lambeau incisé fut examiné ; *on vit sur la face profonde de la muqueuse des ouvertures vasculaires en plus grand nombre qu'à l'état normal et cette disposition rappelait bien la structure du tissu érectile*. La malade fut examinée de nouveau et les mouvements d'expression sous les doigts parurent encore plus manifestes. M. Bouchet et M. Bollaert pensent qu'il s'agit d'une tumeur érectile veineuse.

Observation 4

Tumeur sanguine variqueuse située dans la base de la langue

(Do beau, Mémoire cité page 17)

Au numéro 7 de la salle Sainte-Marthe, à la Charité, service de M. Briquet, était entrée une jeune fille de dix-huit ans, petite, brune, assez robuste. Elle venait pour un embarras gastrique ; mais en examinant la langue, je fus frappé de l'irrégularité dans sa forme, elle était plus volumineuse, déviée à droite. Voici les renseignements que j'ai pu avoir. Cette jeune fille est bien réglée, et cela depuis l'âge de douze ans. Son père ; bien portant, est affecté de varices volumineuses aux deux jambes ; sa mère, n'a pas de varices ; mais un de ces frères porte, sur plusieurs points du corps, des nævi. Notre malade, elle-même, a deux nævi, l'un dans le dos, l'autre à la cuisse. Elle raconte, que depuis sa naissance, elle avait sur la langue une grosseur ; à l'âge de six ans, un médecin fit donc dans la tumeur une ponction, qui donna issue à du sang.

A la suite de cette opération, la langue devint volumineuse, sortit hors de la bouche ; la déglutition était difficile. La malade garda le lit pendant trois semaines. On lui fit une application de sangsues dans la mâchoire, puis des onctions résolutives et enfin des cataplasmes.

Etat actuel. — Lorsque cette jeune personne tire la langue, elle se dévie du côté droit. Le sillon médian de la face supérieure est très prononcé. La portion gauche du dos de la langue fait une

saillie d'un demi centimètre. La membrane muqueuse est saine; mais, en arrière, on observe un développement considérable de quelques papilles. Ces organes semblent plus vésiculaires.

Vue par la face inférieure, la langue paraît normale; la muqueuse est saine; mais, vers la base, le frein de la langue manque, excepté vers l'insertion à la mâchoire. On trouve très-bas les deux orifices des canaux de Whartin, supportés par des papilles saillantes. *A gauche, et repoussent le frein, on trouve une tumeur grosse comme une petite noix.* Cette tumeur est recouverte par la muqueuse saine et mobile. Elle est transparente, un peu violacée; à sa surface, on voit un petit point érectile de la grosseur d'une tête d'épingle. Suivant la malade, ce serait le siège de la ponction, qui a été pratiquée anciennement.

La tumeur recouvre la veine ranine, qui n'existe plus que dans sa terminaison à la pointe de la langue. Par en bas la tumeur se confond avec le plancher de la bouche.

La région est molle, se laisse déprimer, diminue de volume par la compression. Elle augmente à l'époque des règles. Les mouvements de la langue sont libres, mais ils s'accompagnent d'un peu de douleur et font grossir la tumeur. La voix n'est pas modifiée; la déglutition est facile.

En résumé, nous avons là une tumeur bien isolée, occupant le siège des grenouillettes, en ayant la forme et la forme et la couleur, mais qui cependant n'est autre chose qu'une dilatation ampoullaire de veine ou une cavité accidentelle en communication avec le système veineux, ainsi que le prouvent les renseignements et les symptômes.

Observation 5

Tumeur sanguine veineuse du plancher de la bouche, phlegmon. — Dolbeau (loc. cit. p. 21) 1897.

J'ai donné, il y a 6 mois. des soins à un petit garçon de neuf à dix ans. Il vint me consulter pour une inflammation de la région sous-maxillaire. En effet, du côté gauche, il y avait un gonflement œdémateux, avec très légère rougeur de la peau ; le tout très modérément douloureux. Il y avait des symptômes généraux assez graves : fièvre, céphalalgie, difficulté à respirer et à avaler. Au premier abord, je crus à un phlegmon, ayant sa cause dans l'existence d'une affection dentaire ; aussi portai-je mon attention vers l'intérieur de la bouche. Aussitôt, je constatai un gonflement de la langue et du plancher de la bouche à gauche seulement. Ayant soulevé l'organe, je trouvai une tumeur grosse comme une noix, séparée par le frein de la langue en deux parties, dont la plus volumineuse était à gauche. Cette tumeur était dure, de couleur violacée et environnée de tissus à aspect variqueux. J'appris de la mère que la grosseur datait de la naissance, qu'elle allait toujours en croissant. La mère m'affirma que lorsque l'enfant pleurait, toute la langue devenait violette.

Des onctions mercurielles, des cataplasmes et le calomel à l'intérieur furent ordonnés.

Après dix jours, tous les accidents inflammatoires avaient cessé et je trouvai à la tumeur tous les caractères d'une tumeur vasculaire, *avec cette particularité qu'elle était irréductile, quoiqu'elle augmenta par les efforts.* Je n'ai rien osé entreprendre pour obtenir une cure radicale.

Observation 6

Hawkins, 1843 (in memoira Dolbeau, p. 26).

Sur le côté droit du cou, un enfant de huit mois présentait une tumeur congénitale du volume d'une grosse orange. Cette tumeur s'étendait de l'apophyse zygomatique au cartilage cricoïde et de l'apophyse mastoïde jusqu'au menton.

Elle faisait trois pouces de saillie. Elle s'étendait également sous la mâchoire jusque dans la bouche, repoussait la langue du côté opposé et en haut. Cette tumeur était lisse, globuleuse. Par la bouche, on apercevait sous la langue deux kystes comme des grenouillettes, mais renfermant un liquide rougeâtre. L'enfant guérit à la suite de ponctions successives.

Observation 7

Moulinié (de Bordeaux). Gaz. des Hôp., 1835, n° 100, p. 398

(Citée dans la thèse de Demons, p. 55).

Tumeur grosse comme une cerise, placée près du frein, adhérente au tissu musculaire lingual, sur le trajet des vaisseaux ranins. Sa couleur était bleuâtre. La malade s'était présentée à l'hôpital St-André pour la faire ouvrir d'un coup de lancette.

Ablation au bistouri, hémorrhagie en jet, cautérisation au fer rouge. Guérison en 17 jours.

Observation 8

Cas de ranule sanguine chez une petite fille de sept mois, communiqué par le Docteur Perassi à l'Académie de Médecine de Milan ; séance du 11 avril 1873.

(In Giornale della R. Acad. di medicina di Torino), 20 avril 1873, n° 11.

Autre fois déjà j'ai eu l'occasion de vous présenter quelques considérations sur la question de la ranule, tout en faisant observer que les conditions pathologiques dans lesquelles se présente cette affection sont variées. Elle peut avoir son siège ou dans l'appareil salivaire, ou dans les glandes muqueuses de la bouche, ou bien former une tumeur de nature différente. Une récente observation prise dans l'hôpital de San Giovanni, vient nous indiquer une des variétés de cette maladie que par suite du liquide contenu, j'appellerai « ranule sanguine ».

Le 5 mars 1873 a été admise au lit n° 257 de ma section, la petite Abba Meria, âgée de sept mois, de San Stefano Roero ; la mère est restée auprès d'elle et m'a raconté qu'un mois après la naissance de son enfant, une petite tumeur lui est sortie au-dessous de la partie gauche de la langue et, à force d'augmenter, empêchait la succion du lait, ce qui l'a décidée à recourir à cet hôpital.

En examinant l'enfant, j'ai rencontré une tumeur de la largeur d'une grosse noix dans la partie gauche du plancher de la bouche, de forme arrondie, fluctuante et de couleur rouge foncé ; et, à ce qu'on pouvait en juger, indolente. La langue était pous-

sée en haut ; une légère tuméfaction était visible au côté gauche inférieur du menton et la succion du lait rendue impossible.

Ce sont ces phénomènes qui m'ont indiqué la présence de la ranule.

Avant de faire une ouverture dans la tumeur avec une excision partielle du kyste, comme il m'est arrivé de le faire avec succès dans un cas semblable, devais-je recourir à d'autres moyens curatifs ? Je croyais opportun, cependant, de faire une première piqûre avec un petit trocart explorateur.

Le 7 mars, j'ai pratiqué cette piqûre et j'ai rencontré une certaine résistance en traversant la paroi du kyste, de la cavité duquel ne sortit que du pur sang veineux, mais avec subit affaissement de la tumeur, ce qui a permis à l'enfant de se remettre à têter.

Le jour suivant, la petite piqûre s'étant fermée, la tumeur augmente de nouveau, si bien que, au deuxième jour après la piqûre, elle avait acquis un tel volume, qu'elle empêchait tout-à-fait l'allaitement.

Pour cette raison, je piquai, avec le même trocart explorateur la tumeur dans un autre endroit, et en la piquant je rencontrai la même résistance dans la paroi du kyste, duquel sortit encore du sang veineux semblable au précédent avec soulagement immédiat. Mais le jour suivant, voyant que la tumeur augmentait de nouveau, avant de penser à d'autres moyens qui me furent proposés, j'essayai le suivant : entr'ouvrant l'endroit où la seconde piqûre avait été faite, je pus ainsi faire sortir le sang renfermé dans le kyste. J'ai pris alors le parti de répéter tous les jours cette manœuvre avec des instruments un peu plus gros, afin de maintenir libre, d'une manière permanente, l'ouverture

du kyste et obtenir une libre communication ; l'ouverture s'étant un peu enflammée, s'élargit notablement.

A partir de ce moment, je n'ai plus recueilli de sang, car le kyste s'est durci et resserré et la tumeur a presque disparu. La succion du lait était devenue entièrement libre, la mère put retourner dans son pays. (16 mars 1873). En partant, je lui ai conseillé de me ramener l'enfant au moindre signe de récurrence de la maladie.

Je pensais vous intéresser en vous rapportant ce fait, non à cause de sa nouveauté, car Aétius avait déjà considéré la ranule comme une dilatation variqueuse des veines linguales, Paracelse comme un apostème des vaisseaux linguaux, Celse et d'autres comme un abcès kystique ou sanguin, quelques autres encore la croyaient de nature congénitale, mais pour mieux faire ressortir ce fait, que la cause de l'affection appelée ranule par suite de l'altération de la voix, qu'elle produit, n'est pas unique, mais multiple. Quant au traitement, il est démontré, qu'en général et surtout chez l'adulte la piqûre est tout à fait insuffisante. Cependant j'ai cru utile de vous exposer la simplicité du moyen curatif employé dans le cas, c'est-à-dire la piqûre gardée artificiellement ouverte, piqûre pratiquée en principe dans un but palliatif et pouvant à elle seule effectuer la complète guérison ; ce moyen pourra en plusieurs circonstances et spécialement chez les enfants avoir une application très utile et facile.

Observation 9

*Desprès. — Tumeur veineuse du plancher de la bouche.
Anévrysme artério-veineux. Ligature des deux artères
linguales.*

(Bulletin et num. de la Soc. de Chirurgie, 1879, p. 794 et suiv.).

La nommée Delafois (Marie), âgée de 16 ans, couturière, est entrée le 10 mai 1879 à l'hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires : nuls. — Une sœur de la malade porte dans le dos une tache cutanée de couleur vineuse, peu étendue.

Antécédents morbides : Rougeole bénigne à l'âge de six ans. Depuis la naissance, la malade porte une tache rouge framboisée sur la partie antérieure de la face dorsale de la langue, ne faisant pas saillie à la surface de la muqueuse et ne s'étendant que peu à la pointe et à la face inférieure.

Au dire de la malade, vers l'âge de 12 ans, il se produisait toutes les nuits de petites hémorrhagies à ce niveau.

Elle fut réglée à l'âge de 15 ans et ces hémorrhagies disparurent. Il y a environ deux ans, la malade dut se faire arracher deux dents à la mâchoire inférieure ; cette avulsion fut suivie, paraît-il, d'un écoulement sanguin assez abondant, pendant plusieurs jours. A partir de ce moment les gencives devinrent violacées, inégales, mais indolores.

Peu de temps après, elle s'enfonce dans la joue droite une aiguille à tricoter, qui pénétra jusque dans la bouche, mais sans blesser la langue, disait-elle.

Il y a un an, sans aucun signe prémonitoire, la malade remarqua par hasard une petite tumeur dure, indolore, survenue sans cause apparente au-dessous du tiers antérieur de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Elle alla consulter un médecin, qui diagnostiqua une adénite et prescrivit de la teinture d'iode.

A partir de ce jour, la tumeur augmente progressivement sans donner lieu à aucun signe spécial, qui fût remarqué par la malade. Elle éprouvait des migraines et des douleurs névralgiques assez fréquentes du côté gauche de la face, surtout à l'époque de ses règles ; elle avait aussi ressenti, il y a un an, quelques palpitations de cœur.

La tumeur finit par amener une certaine gêne de la parole, mais pas de difficulté appréciable de la mastication et de la déglutition.

Enfin, il y a 4 mois, la malade, en portant la main à sa tumeur, sentit qu'elle était le siège de battements et de frémissments très appréciables.

Depuis ce temps la tuméfaction a progressivement augmenté sans aucun phénomène nouveau.

La malade entre à l'hôpital Cochin, le 10 mai 1879. A l'examen, on constate un gonflement caractéristique de toute la région sus-hyoïdienne, plus marqué à gauche qu'à droite. La tumeur s'étend de la ligne médiane à la glande sous-maxillaire gauche ; elle est dure, tendue et présente des battements isochrones au pouls. avec mouvements d'expansion. Elle refoule la langue en haut et à droite, *donnant ainsi à première vue l'apparence d'une grenouillette.*

Au palper, on constate les battements et surtout un thrill très intense ; au niveau de la glande sous-maxillaire, le frémissc-

ment se prolonge dans les veines du cou ; on le retrouve aussi, peu intense, mais très net, dans la veine ranine gauche, flexueuse et dilatée. On le constate également à la région sus-hyoïdienne, au niveau de la veine linguale du côté droit.

On voit des capillaires dilatés sur la pointe de la langue et sur les gencives inférieures, qui sont fongueuses et comme érectiles.

La compression exercée sur la carotide diminue le volume de la tumeur, mais ne fait disparaître, ni le thrill, ni les battements. Si on comprime en même temps la jugulaire le thrill disparaît ; mais, il se produit une congestion céphalique rapide, très pénible pour la malade. Si l'on comprime la tumeur, en plaçant deux doigts sous le bord inférieur du maxillaire et le pouce dans le sillon gingivo-labial, on supprime le thrill et les battements ; on obtient ce résultat, d'une façon moins nette, si l'on comprime seulement l'extérieur.

A l'auscultation, au niveau de la tumeur, on constate un souffle continu avec renforcement isochrone du pouls. Au niveau de la jugulaire du même côté, on perçoit le même souffle plus intense, mais qui, en s'éloignant peu à peu de la tumeur, tend à devenir continu sans redoublement systolique. Il en est de même de la jugulaire du côté droit.

Après avoir tenté sans succès la compression, on décide l'opération de la ligature des artères linguales, qui est pratiquée le 28 juin 1879.

M. Després pratique d'abord la ligature de la linguale gauche par le procédé classique ; l'artère est saisie dans l'anse formée par le digastrique, mais le chirurgien dissocie les fibres de l'hypoglosse au lieu de le sectionner. On lie une veine linguale, mais les fils tombent dans le cours de l'opération sans donner lieu à un

écoulement de sang appréciable. Dès la ligature de la linguale gauche, le thrill et les battements ont disparu dans la tumeur.

On procède de suite à la ligature du côté droit par le même procédé. On lie une veinule faciale, ouverte à la partie postérieure de l'incision.

Comme pansement : charpie imbibée d'alcool camphré pur dans la plaie ; linge cératé et charpie avec eau alcoolisée. Drain dans chaque plaie. Légère compression sur le tout.

Température du soir..... 36°2

29 juin. — On renouvelle le pansement, en laissant la charpie dans la plaie. Tuméfaction peu prononcée de la région. Langue légèrement violacée.

Température : Matin..... 39°6

Température : Soir..... 39°9

30 juin. — Même pansement, même état jusqu'au 3 juillet, la suppuration s'établit franchement ; pas de battements, ni de thrill au niveau de la poche, qui n'est pas dure.

9 juillet. — Hémorrhagie hier soir à 4 1/2 par la plaie, à droite. Ecoulement de sang en nappe, abondant, sans doute provenant de la veinule linguale. On l'arrête par la compression.

10 Juillet. — Nouvelle hémorrhagie hier soir vers deux heures, assez considérable ; menace de syncope, on l'arrête par la compression de la plaie. Nouvelle hémorrhagie à quatre heures du matin ; le matin le sang est arrêté.

Température : matin 38°8 ; soir 38°6.

11 Juillet. — On va à la recherche du vaisseau qui a donné le sang. Caillots cruoriques dans la partie antérieure de la plaie. Nous abrégons la fin de l'observation, dont les détails ne peuvent nous être utiles.

19 Juillet. — La cicatrisation marche sans accident. Bon état

général. Dans la bouche, on constate une poche analogue à grenouillette sanguine (sans doute une poche veineuse) ; sous le menton, on sent battre deux artères sous-mentales dilatées.

29 Juillet. — Réapparition d'un thrill faible et continu, sans battements appréciables.

3 Août. — Les plaies sont cicatrisées.

On constate une tumeur molle, qui augmente de volume lorsqu'on comprime la jugulaire du côté gauche. Pas de battements appréciables, mais on sent manifestement, à l'extérieur et dans la bouche, un léger thrill continu avec redoublement. La veine ranine est de nouveau dilatée. A l'auscultation, souffle continu avec redoublement systolique.

1^{er} Octobre. — Rien de nouveau ne s'est produit depuis plus d'un mois. Le léger thrill a encore diminué, on le sent surtout à l'extérieur, au niveau de l'angle de l'ancienne plaie opératoire. En faisant avaler le malade, on voit toujours la grenouillette sanguine faisant saillie à gauche sur le plancher de la bouche.

Les gencives sont rouges vineuses. La langue n'a pas augmenté de volume. Les mouvements de déglutition et les efforts rendent le thrill plus manifeste, ainsi que des battements à peine perceptibles à l'état de repos.

M. Desprès ajoute à cette observation, les réflexions suivantes :

« Je ferai remarquer, qu'il s'agissait d'une tumeur érectile veineuse du plancher de la bouche et des gencives, et que c'était dans quelques uns des vaisseaux de cette tumeur qu'un anévrysme artério-veineux s'était développé. Les ligatures dans ces cas peuvent bien atrophier la tumeur

artérielle, mais elles ne peuvent rien sur les dilatations veineuses. Je ne me fais aucune illusion à cet égard ; mais j'espérais, que les artères principales de la région étant oblitérées, la tumeur cesserait de s'accroître. En réalité, le résultat a été obtenu. Au début, le résultat était parfait ; la ligature avait fait disparaître la tumeur ; mais, avec le temps, la tumeur veineuse a reparu. La ligature des artères ne pouvait rien sur les dilatations veineuses.

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur veineuse, une grenouillette sanguine, et l'on sait, combien la guérison de pareilles tumeurs est difficile ».



CONCLUSIONS

1° « *Grenouillette sanguine* » est une expression mauvaise, créée par Dolbeau, pour désigner les *angiomes profonds du plancher de la bouche*. Le terme « *grenouillette* » doit être réservé aux tumeurs d'origine salivaire.

2° Ces tumeurs sont rares, si l'on en juge par le petit nombre d'observations publiées depuis Dolbeau.

3° On peut rencontrer la tumeur sous deux états différents ; soit une *tumeur érectile diffuse* avec cavités cloisonnées, plus ou moins dilatées, et prenant le type de la tumeur veineuse de Broca ; soit un *kyste bien limité*, fermé de toutes parts, à contenu séreux ou séro-sanguinolent et provenant probablement d'une transformation subie par une tumeur érectile.

4° La *grenouillette sanguine* est congénitale ; on trouve d'ordinaire sur le malade d'autres angiomes superficiels ou profonds.

L'accroissement de la tumeur se fait rarement pendant l'enfance, le plus souvent pendant l'adolescence, après la puberté. Le sexe féminin semble prédisposé.

5° La tumeur occupe quelquefois uniquement la région
Santamaria

sublinguale, le plus souvent à la fois, la région sublinguale et sus-hyoïdienne. Son volume varie d'une noix à un gros œuf de poule, sa forme est globuleuse et irrégulièrement bosselée. Elle fait saillie sous la langue, qu'elle refoule en haut et du côté opposé, dépasse rarement le frein. Recouverte par la muqueuse intacte, elle prend une coloration violacée ou brunâtre, celle du contenu rendu visible, grâce à la transparence des parois. La consistance est d'ordinaire molle et dépressible, rarement dure, ce qui arrive lors d'une inflammation ou de transformation en kyste. Deux symptômes doivent être spécialement notés : la *réductibilité* complète ou incomplète par une pression lente et continue ; la *tension* et l'*augmentation de volume sous l'influence de l'effort*.

Ces tumeurs érectiles occasionnent peu de troubles fonctionnels, sauf lorsqu'elles acquièrent un gros volume.

6°) Le diagnostic de la grenouillette sanguine n'est pas très difficile ; on l'a cependant plusieurs fois confondue avec la grenouillette vulgaire. Il faut penser à la possibilité de son existence et rechercher la réductibilité et l'érectilité, symptômes caractéristiques.

Elle sera rarement confondue avec les autres tumeurs du plancher de la bouche.

7°) Le traitement diffère suivant qu'on se trouve en présence d'un kyste isolé ou d'une tumeur érectile diffuse. Pour le kyste, les ponctions, l'électrolyse, l'ignipuncture, la méthode sclérogène préconisée par M. le Professeur Lannelongue ou l'extirpation amèneront la guérison.

Quant à la tumeur *érectile*, on peut aujourd'hui grâce aux précautions antiseptiques et à l'hémostase, tenter son extirpation, procédé de choix. En cas d'insuccès, l'électrolyse pourrait être essayée.

8°) L'opération ne sera pas toujours possible, ainsi qu'en témoigne l'observation I, et dans ce cas l'abstention serait seule de mise.

Vu :

Le Président de la la Thèse

LANNELONGUE.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

1857. **Dolbeau**. — Mémoire sur une variété de tumeur sanguine, dite grenouillette sanguine. Paris.

— Union médicale, n° 117, p. 478.

1868. **Desprès**. — Article grenouillette. Dict. Jaccoud.

1873. **Perassi**. — Caso di ranule sanguina in una baubina di setta massi (giornale della R. acad. di med. di Torino. n° 11, et Rivista di med. di chir. e di terap. fesc. X, mei).

1879. **Desprès**. — Tumeur veineuse du plancher de la bouche. Bull. et mém. tér. chir. nouv. der. T. V, p. 794, et discussion au sujet de la communication, p. 805.

1884. **Chauvel**. — Art. grenouillette du dictionnaire Dechambre.

1891. **Hartmann**. — Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus, tome V, p. 386).

1896. **Delbet (Pierre)**. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire (Le Dentu et Pierre Delbet), tome I, p. 455.

1898. **H. Morestin**. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire (Le Dentu et P. Delbet), tome VI, p. 263.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	5
Historique.....	9
Anatomie pathologique et Pathogénie.....	11
Etiologie.....	20
Symptômes.....	22
Diagnostic.....	30
Traitement.....	34
Observations.....	43
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	69

